

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

538

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MONOD

Né le 7 avril 1900, à Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher)

Interne de l'Hôpital de Rothschild

Le Drainage à la Mikulicz dans les Appendicites graves

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15. RUE RACINE, 15

—
1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MONOD

Né le 7 avril 1900, à Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher)

Interne de l'Hôpital de Rothschild

Le Drainage à la Mikulicz
dans les Appendicites graves

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927



LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIÈRRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . Chimie biologique.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.

MM.

JOYEUX , , , Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE , Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL, Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN. . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphi-
lographie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie
VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.
TANON. . . . Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.
LEREBoullet . Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale
VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9^e décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Témoignage de mon amour filial et
de ma tendre reconnaissance pour tant
de sacrifices consentis à mon intention.*

A MON PÈRE LE DOCTEUR LOUIS MONOD

*Trop précocement soustrait à l'exer-
cice d'une profession qu'il aimait tant.*

A MON ONCLE LE DOCTEUR EUGÈNE BAUDRON

*Sa vie sera pour moi un exemple
précieux mais difficile à suivre.*

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Commandeur de la Légion d'honneur.

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine.

*Qu'il daigne trouver ici l'hommage
de ma respectueuse reconnaissance pour
la bienveillance qu'il m'a témoignée et
pour l'honneur qu'il me fait en accep-
tant la présidence de ma thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR HALLÉ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR CATHALA

Internat de l'Hôpital de Rothschild.

M. LE DOCTEUR HERTZ

M. LE DOCTEUR ZADOC-KAHN

M. LE DOCTEUR SCHWAAB

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR J. HERTZ

Chirurgien chef de l'Hôpital de Rothschild.

*Avec mes plus sincères remerciements
pour l'aide et les conseils qu'il m'a pro-
digués pendant tout le temps que je fus
son élève et particulièrement pour
l'élaboration de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

En arrivant au terme de nos études médicales, notre satisfaction est grande. Nous ne pouvons pas nous empêcher de jeter un regard en arrière et de penser aux difficultés de toutes sortes qui n'ont pu être surmontées que grâce à la vaillance et au travail de notre mère. Qu'elle trouve ici l'expression de notre profonde affection et de notre très grande reconnaissance pour toutes les privations supportées pour un fils qui lui doit tout.

A tous nos maîtres qui dans les services de médecine, chirurgie ou spécialité nous ont consacré leur temps et leur science, à M. le Professeur J.-L. Faure qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse, nous adressons nos sentiments de vive admiration et de grande gratitude.

Plus spécialement, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance et notre attachement à notre maître, le Docteur Hertz chirurgien de l'Hôpital de Rothschild, pour sa sollicitude à notre égard, pour l'orientation qu'il a su donner à nos goûts et pour les facilités de travail que nous avons toujours trouvées dans son service.

Le Drainage à la Mikulicz

dans les Appendicites graves

INTRODUCTION

Il nous a été donné pendant notre internat à l'Hôpital de Rothschild de voir opérer, d'opérer nous-même ou de soigner un assez grand nombre d'appendicites graves. C'est-à-dire de formes suraiguës soit gangréneuses, soit perforantes ayant entraîné des péritonites généralisées ou localisées.

Nous avons été frappé par la très grande opposition que présentaient le pronostic et les suites, entre les cas traités par l'appendicectomie avec drainage simple (tube en caoutchouc associé ou non à une mèche) et ceux où le drainage était fait selon le procédé de Mikulicz.

C'est à la valeur de ce procédé remis en honneur, précisé et répandu par le Professeur Jean-Louis Faure et appliqué aux appendicites graves que nous voulons consacrer cette thèse.

Nous y étudierons les résultats que nous avons réunis d'après 38 observations personnelles. Celles-ci ont servi partiellement de base à un travail fait en

collaboration avec notre maître, le Docteur Hertz et publié cette année dans les bulletins et mémoires de la Société nationale de Chirurgie. (*Bulletin de la Société nationale de Chirurgie*, t. LIII, n° 8.)

PARALLÈDE ENTRE LES CAS ÉTUDIÉS

Nous n'avons retenu pour cette étude que les cas strictement comparables, analogues à ceux qu'envisageait Auvray lorsqu'il disait à la Société de Chirurgie :

« Je crois parfaitement justifié de recourir comme l'a conseillé Faure au tamponnement à la Mikulicz dans les formes graves de l'appendicite avec suppuration gangréneuse. J'estime que dans les cas de ce genre la meilleure conduite est de laisser la plaie largement ouverte et drainée » (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, n° 23, 3 juillet 1926).

Ce sont les conditions correspondantes à celle posées par Lecène et Duval pour l'emploi du Mikulicz.

Ces cas peuvent se répartir en deux séries :

Une première de 14 cas contient les appendicites traitées par le drainage simple au tube de caoutchouc.

Une seconde de 24 cas comprend les cas drainés par un sac de Mikulicz, la plaie opératoire étant laissée largement ouverte.

PREMIÈRE SÉRIE

*Cas traités par le drainage simple
après appendicectomie.*

Cette première série comprend 14 cas se divisant en :

7 péritonites généralisées (obs. 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13).

7 abcès appendiculaires (obs. 1, 2, 5, 6, 10, 12, 14).

Parmi ces 14 cas, on trouve :

8 perforations de l'appendice (obs. 1, 2, 3, 5, 9, 10, 13, 14).

6 appendicites gangréneuses (obs. 4, 6, 7, 8, 11, 12).

Les 7 abcès ont donné 2 décès (obs. 1, 6), 5 guérisons.

Les 7 péritonites ont donné 4 décès (obs. 7, 8, 11, 13), 3 guérisons.

Soit : 12,5 % de mortalité pour les abcès ;

66,6 % de mortalité pour les péritonites ;

ou 42,85 % de mortalité globale.

D'autre part si on envisage la question au point de vue de la lésion déterminant la suppuration, on trouve que :

Sur les 8 perforations il y a eu 2 décès, 6 guérisons.

Sur les 6 appendicites gangréneuses : 4 décès, 2 guérisons.

Soit 25 % de mortalité pour les perforations ;

66,6 % de mortalité pour les appendicites gangréneuses.

DEUXIÈME SÉRIE

Cas traités par le drainage à la Mikulicz.

Cette série comprend 24 cas se divisant en :

16 péritonites appendiculaires (obs. 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38);

7 abcès appendiculaires (obs. 16, 18, 20, 22, 26, 28, 29) ,

1 péritonite généralisée post-opératoire (appendicectomie à froid (obs. 27).

Ces suppurations étaient en rapport :

14 fois avec une perforation de l'appendice (obs. 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 32, 33, 35);

8 fois avec une gangrène appendiculaire (obs. 16, 25, 30, 31, 34, 36, 37, 38).

Sur ces 24 cas *il n'y a pas eu de décès.*

23 fois l'appendice a été enlevé facilement.

Une seule fois (obs. 20) l'appendice a été laissé étant donnée la barrière d'adhérences solides rencontrée.

Depuis la rédaction de ce travail trois nouvelles observations ont été relevées par nous dans le service de chirurgie de l'Hôpital Rothschild avec deux nouvelles guérisons et un décès, soit au total 27 observations avec 26 guérisons et une mort.

L'une d'elles est particulièrement significative (obs. 39) le malade ayant été opéré en deux temps. Dans une première intervention d'urgence nous nous sommes

bornés à placer un sac de Mikulicz dans un abcès gangréneux sans enlever l'appendice.

Dans une intervention ultérieure, deux mois après la première opération, nous avons pratiqué l'appendicectomie et nous avons été surpris de la facilité avec laquelle nous avons pu enlever l'appendice.

COMPLICATIONS ET SEQUELLES

PREMIÈRE SÉRIE DE CAS. — Dans la première série de cas traités par le simple drainage au tube nous avons observé un certain nombre de complications graves, le plus souvent du reste mortelles.

En effet nous relevons :

Observation 4 : Abscess de Douglas, incisé une première fois, récédive, guérison définitive.

Observation 6 : Décès par embolie pulmonaire (autopsie).

Observation 7 : Décès. Plegmons gangréneux de la paroi abdominale, fistules stercorales, gangrène pulmonaire et pleurésie gangréneuse.

Observation 10 : Fistule stercorale, éventration.

Observation 11 : Fistules stercorales multiples, pleurésie purulente. Décès.

Observation 12 : Eventration.

Observation 13 : Généralisation de la péritonite. Décès.

En résumé : 1 abscess du Douglas (obs. 4).

1 embolie pulmonaire (obs. 6).

1 gangrène pulmonaire avec pleurésie gangréneuse et phlegmons gangréneux (obs. 7).

3 fistules stercorales (Obs. 7, 10, 11).

2 éventrations (Obs. 10, 12).

DEUXIÈME SÉRIE DE CAS. — Dans la série de cas traités par le drainage à la Mikulicz au contraire, aucun accident redoutable n'a été observé et nous relevons seulement :

Observation 21 : Une faiblesse légère de la paroi mais pas de véritable éventration.

Observation 22 : Abscess du Douglas chez une femme ayant accouché récemment, qu'une simple colpotomie a évacué.

Observation 30 : Une fistule stercorale guérie en dix jours avec phlegmon gangréneux de la paroi.

Observation 33 : Congestion pulmonaire bilatérale.

En résumé, pas de complications graves, pas de décès, pas d'éventration véritable, une toute petite fistule stercorale dans un cas d'appendicite gangréneuse particulièrement grave.

Donc si l'on compare les résultats du Mikulicz au point de vue particulier des complications ou sequelles qui lui sont reprochées par ses détracteurs, on voit encore que le bilan le meilleur lui revient puisque nous trouvons :

<i>Drainage simple</i> :	1 abscess du Douglas,
	1 phlegmon gangréneux,
	3 fistules stercorales,
	2 éventrations,
<i>Mikulicz</i> :	1 abscess du Douglas,
	1 faiblesse pariétale,
	1 fistule stercorale.

On comprend aisément pourquoi le Mikulicz constitue

un moyen si efficace de lutter contre l'infection péritonéale.

Dans toutes les infections déclarées et en particulier dans la péritonite appendiculaire, il permet de LAISSER LE VENTRE OUVERT et de drainer largement le pus.

Malgré cela nous avons toujours été surpris de la facilité et de la rapidité avec laquelle l'état des opérés se transforme et s'améliore. Dès les premières heures qui suivent l'intervention les phénomènes de résorption et d'intoxication disparaissent. Les malades se sentent mieux, respirent plus facilement. Ils ne sont pas agités et ils dorment. Le visage est rosé, le pouls calme et bien frappé. Rapidement, généralement le second ou le troisième jour après l'intervention, la température est aux environs de 37 degrés.

TECHNIQUE EMPLOYEE

C'est en voyant les résultats insuffisants du drainage simple que nous pratiquions d'abord que peu à peu nous sommes venus au drainage à la Mikulicz pour lequel intervenaient les plaidoyers si convaincants du Professeur Jean-Louis Faure.

En règle générale, nous avons employé la technique suivante qui est celle du service et qui a été appliquée dans presque tous les cas que nous relatons :

Incision de Roux.

Dissociation musculaire.

Appendicectomie après écrasement.

Iodage du moignon appendiculaire.

Enfouissement.

Solidarisation du fil de ligature du méso-appendice avec la suture en bourse de l'enfouissement.

Nous ne plaçons alors aucun fil de suture laissant la plaie opératoire largement ouverte.

Cette incision a suffi dans 27 cas (Obs. 1, 2, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38).

Dans les cas difficiles, où le cæcum et l'appendice particulièrement adhérents ne se laissaient pas extérioriser, nous avons eu l'occasion d'agrandir l'incision

par section soit vers le haut soit vers le bas du plan petit oblique, transverse, péritoine (Obs. 4, 7, 8).

Alors aux extrémités supérieure et inférieure de la plaie opératoire, nous plaçons un crin total prenant peau, aponévrose, muscles et péritoine, serré immédiatement.

Dans les cas où dominaient les signes de péritonite et quand la cause était incertaine, on a pratiqué une laparotomie médiane (Obs. 6, 17, 27, 30) ou latérale (Obs. 3, 10, 11, 27, 37).

Enfin une fois (Obs. 9), on a eu l'occasion d'associer une incision médiane à une première incision latérale (péritonite généralisée avec pus très abondant).

L'appendicectomie étant terminée, loin de fermer hermétiquement la plaie opératoire comme le conseillent Ombredanne, Bauer, Billet, Glasgow, Wallace, Scheidtmann et Rotter entre autres, nous croyons au contraire qu'il faut drainer et largement, convaincus comme l'a dit si éloquemment le Professeur Jean-Louis Faure que si le drainage n'a jamais tué un opéré il a sauvé bien des malades.

Nous drainons donc et en mettant en place un sac de Mikulicz.

Le Mikulicz que nous employons est le sac de Mikulicz classique mais de dimensions réduites. Nous les avons en réserve, préparés d'avance.

La plaie étant maintenue largement béante à l'aide des écarteurs, le sac est étalé sous le cæcum, son fond en regard du moignon appendiculaire. Nous nous efforçons d'appliquer ce sac sur la fosse iliaque externe de façon à tapisser la loge sous-cæcale et de l'appuyer en

quelque sorte en dedans à la fin de l'iléon, en haut au fond cæcal, en dehors et en bas au dièdre iliaque.

Les mèches au nombre de deux ou trois sont alors disposées au doigt, mollement tassées pour maintenir la béance de la plaie. Nous plaçons toujours, comme cela a été d'ailleurs maintes fois conseillé, un tube fin au fond du sac sous les mèches. Celui-ci servira à injecter au moment de l'ablation des mèches et plus souvent au moment de l'ablation du sac, quelques centimètres cubes d'eau oxygénée. On aura ainsi la surprise d'enlever le sac par une traction insignifiante sur le fil de lin, sans provoquer la moindre douleur et sans crainte de déchirer ou d'attirer une anse intestinale.

Drainage du Douglas associé.

Dans certains cas où les signes de péritonite sont particulièrement intenses, le pus particulièrement abondant, nous associons au drainage à la Mikulicz un drainage du Douglas. Ce dernier est assuré par un tube de caoutchouc de moyen calibre. Ce tube perforé seulement à l'extrémité qui plonge dans le petit bassin servira surtout à pratiquer de l'aspiration et permettra d'éviter une rétention de pus au point déclive du petit bassin.

Association de la sérothérapie antigangréneuse.

Ainsi que cela a été souvent conseillé, dans les formes suraiguës avec gangrène de l'appendice et péritonite gangréneuse, nous utilisons toujours le sérum antigangréneux. Nous employons alors le sérum de Weinberg

de l'Institut Pasteur que nous injectons à la dose de 60 centimètres cubes (20 centimètres cubes d'antisporogènes, 20 centimètres cubes antiperfringens, 10 centimètres cubes anticœdématis, 10 centimètres cubes antivibron septique) soit par voie sous-cutanée, soit par voie intraveineuse. Quand cette dernière voie est utilisée le sérum est dilué dans 200 centimètres cubes de sérum physiologique. Ce sérum est toujours bien supporté et nous a toujours semblé un adjuvant si précieux que nous n'hésitons pas à conseiller son emploi systématique.

Ablation des mèches

Vingt-quatre heures après l'intervention nous pratiquons un pansement de propreté, faisons de l'aspiration quand nous avons placé un drain dans le Douglas et enlevons la première mèche. Le lendemain nous enlevons la seconde mèche, le surlendemain la troisième. Ces mèches sont retirées très facilement sans douleur grâce à l'eau oxygénée que nous avons le soin d'injecter quotidiennement.

Ablation du sac.

Le sac est retiré assez précocement du cinquième au septième jour. Passé ce délai nous estimons que le Mikulicz ne draine plus, mais qu'au contraire il peut être une cause de rétention de pus. Du reste il n'est pas rare d'observer vers cette époque une élévation thermique. Dans ce cas l'ablation du sac permet l'élimina-

JOURS DE LA MALADIE R. 80 P. 180 T. 45°		Maladie		NOM DU MALADE		PAVILLON		LIT N°	
75	170			Appendicite familiale					
70	160			Opér. n° 25					
65	150								
60	140								
55	130								
50	120								
45	110								
40	100								
35	90								
30	80								
25	70								
20	60								
15	50								
10	40								
DATES									
9 10 11									
Observations									

tion d'une quantité variable de pus fétide en rétention derrière le sac. L'ablation du sac fera tomber la température à 37 degrés.

Un exemple frappant d'un de ces cas nous est donné par notre observation n° 25, dont voici la courbe de température (v. fig.). Opération d'urgence le 9 avril. En 36 heures la température est à 37°2. Tout va bien le jour suivant. Le 13 avril au soir température à 37°9. Le lendemain 38 degré. Puis après chute d'un demi-degré, ascension brutale à 39°6 le sixième jour. On enlève alors le sac, ce qui donne issue à un verre à Bordeaux de pus verdâtre mal odorant ; tout rentre dans l'ordre en quarante-huit heures et la guérison se produit sans incident.

Après l'ablation du sac.

Après l'ablation du sac on soumettra la plaie à l'irrigation au Dakin soit continue soit discontinue avec un nombre de tubes proportionné à la profondeur et à la largeur de la plaie.

Très rapidement la plaie se déterge, l'écoulement purulent diminue et on sera frappé de la rapidité avec laquelle s'effectue la cicatrisation.

Nous supprimons l'irrigation au liquide de Dakin dès que l'écoulement purulent est tari et alors pour activer encore la cicatrisation nous mettons en œuvre les cautérisations au nitrate d'argent et l'héliothérapie.

De plus nous nous efforçons toujours de rapprocher les lèvres de la plaie autant que nous le pouvons. Pour cela nous faisons avec des compresses un petit rouleau

serré à chacune de ses extrémités par un fil et que nous ne pouvons mieux comparer qu'à une grosse cigarette. Nous appliquons ce rouleau sur la plaie et avec plusieurs bandelettes de leucoplaste nous attirons l'une vers l'autre les deux lèvres de la plaie. Grâce à cette pratique les cicatrices obtenues sont à peine étalées et presque linéaires.—et nous écourtons la durée du séjour à l'hôpital.

Du reste la *moyenne du nombre de journées* d'hôpital pour les appendicites drainées par un Mikulicz *n'est pas supérieure* à la moyenne des journées des appendicites drainées par un drain de caoutchouc. Nous avons fait cette moyenne pour les deux séries de cas que nous rapportons. Nous avons trouvé exactement le même nombre de *33 journées 5*.

MORTALITÉ DANS LES APPENDICITES GRAVES

Si on se base sur les différentes statistiques publiées et que nous avons pu relever, on se rend compte que la mortalité dans les appendicites aiguës graves opérées est encore très élevée.

C'est ainsi qu'Ombredanne donne :

1° Pour un relevé global des interventions pour appendicites à chaud :

Appendicites drainées, mortalité : 36 %.

Appendicites non drainées, mortalité : 31 %.

2° Pour les péritonites libres ou à grands foyers multiples :

Une première statistique donne une mortalité de 55 %.

Une deuxième statistique donne une mortalité de 67 % pour les appendicites drainées et une mortalité de 30 % pour les appendicites non drainées.

Philip et Tartoïs indiquent une mortalité de 53 %.

Savariaud avoue une mortalité de 43,5 %.

Querny-Marsh-Ashurst donnent des chiffres comparables aux précédents.

Ces chiffres correspondent sensiblement à la mortalité que nous indiquons pour notre première série d'observations à savoir 42,85 % de mortalité. Mais ce chiffre est encore très élevé et ainsi que le prouve notre

deuxième série de cas vierge de tout décès, la mortalité pour les appendicites graves opérées peut être fortement abaissée, à tel point qu'elle peut tendre vers zéro, les seuls décès constatés devant être ceux des malades amenés moribonds et pour lesquels la chirurgie ne peut rien.

DATE DE L'OPÉRATION APRÈS LE DÉBUT DE LA CRISE

En principe tout malade atteint d'appendicite aiguë devrait être opéré aussitôt le diagnostic posé. Malheureusement dans beaucoup de cas l'intervention pour une raison ou pour une autre est retardée. En ce qui nous concerne, tous les malades ont été opérés dès leur arrivée à l'hôpital. Mais on peut se rendre compte par le tableau suivant que les bons résultats obtenus par le drainage à la Mikulicz ne sont pas seulement facteur de la précocité de l'intervention. Si quelques malades sont arrivés à l'hôpital quelques heures après le début de la crise, beaucoup n'ont été amenés qu'au bout de trois ou quatre jours et plus. Et cependant il n'y a pas eu de décès.

Date d'arrivée	Nombre de cas	Observations
6 ^e heure	1	N ^o 34
7 ^e heure	1	N ^o 36
12 ^e heure	1	N ^o 21
24 ^e heure	5	N ^{os} 22, 23, 32, 33, 35.
48 ^e heure	5	N ^{os} 15, 17, 19, 26, 30.
3 ^e jour	5	N ^{os} 24, 25, 31, 37, 38.
4 ^e jour	3	N ^{os} 18, 28, 29.
8 ^e jour	1	N ^o 20.
11 ^e jour	1	N ^o 16.

INDICATIONS DE L'EMPLOI DU DRAINAGE A LA MIKULICZ

Le drainage suivant le procédé de Mikulicz dans les appendicites aiguës graves a des indications fréquentes :

1° Dans les péritonites généralisées, où toutes les anses intestinales baignent dans le pus, où l'état général est très touché, le malade étant profondément intoxiqué, son emploi doit être formel et indiscutable. C'est avec ce mode de traitement que l'on verra les malades renaître à la vie et que l'on obtiendra de véritables résurrections ;

2° Dans les appendicites gangréneuses, sans grande quantité de pus dans la cavité péritonéale, même quand les lésions sont localisées, mais avec appendices énormes, noirâtres, recouverts de plaques sphacéliques mal odorantes, avec péritoine friable, cartonné, déchirant à la moindre tentative de suture (dans ces cas bien entendu nous ne pratiquons pas d'enfouissement, obs. 15, 16, 17, 29, 31, 37, 38), le drainage à la Mikulicz est également formellement indiqué. Seul il permet de désintoxiquer rapidement l'opéré et d'empêcher la généralisation de l'infection comme cela s'est produit dans notre observation n° 7 où le malade ne serait peut-être pas mort si ce mode de drainage avait été employé ;

3° Dans les appendicites toxiques avec péritonite septique où l'on ne trouve que quelques centimètres cubes de liquide bouillon sale dans le péritoine mais dans lesquelles l'état général est particulièrement altéré, la seule chance de guérison sera dans l'emploi d'un Mikulicz ;

4° Dans les appendicites à foyers multiples la mise en place d'un Mikulicz dans chaque foyer de suppuration sera le seul moyen efficace de drainer un péritoine si profondément infecté ;

5° Enfin dans les péritonites localisées, abcès appendiculaires entourés d'une barrière d'adhérences solides, le maximum de sécurité sera obtenu par le drainage avec un Mikulicz.

OBSERVATIONS

Drainage au drain de caoutchouc.

1. — P..., 24 ans, entré à l'hôpital le 27 mai 1923. Malade depuis le 6 mai. Début par douleur dans la région épigastrique et vomissements alimentaires. Dans les jours qui suivent, localisation de la douleur dans la fosse iliaque, température 39°6. Première crise.

A l'entrée, douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements, température 37°8, pouls 96.

A l'examen œdème de la paroi abdominale, contracture musculaire avec plastron.

Opération le 28 mai. — Incision Roux, dissociation. Abscès fécaloïde. Appendice retrocôlique désinséré du fond cæcal déchiré. Appendicectomie. Enfouissement au fond cæcal. Drain et mèche, fermeture en 4 plans.

Suites. — Dans les jours qui suivent la péritonite se généralise, continue à évoluer. Le ventre se météorise. Les vomissements deviennent abondants. Mort le quatrième jour en hyperthermie.

2. — M... Adolphe, entre le 6 décembre 1923. Malade depuis deux jours. Se plaint de douleurs dans le ventre, localisées au côté droit.

Douleur spontanée et provoquée, contracture, localisée à

la fosse iliaque droite. Vomissements, température 38°8.

Opération d'urgence le 6 décembre. Incision de Roux, dissociation. Cæcum adhérent, rouge et cartonné. Après avoir protégé, on ouvre un abcès de pus grisâtre et fétide.

Appendicectomie d'un appendice gros, court, noir et perforé à son extrémité. Drain et mèche, paroi en un plan.

Suites simples. Sort guéri le 26 décembre.

3. — R... Sarah, 8 ans. Entrée le 21 juillet 1923. Crise d'appendicite datant de six jours, caractérisée par des douleurs très vives dans l'abdomen ; contracture, vomissements, matité dans les flancs.

Opération d'urgence le 21 juillet 1923. Incision latérale droite, anses rouges dilatées, couvertes de fausses membranes. Issue de pus fétide. On libère le cæcum et on trouve un appendice perforé au voisinage de son extrémité.

Section au thermo, pas d'enfouissement.

Résection d'un fragment d'épiploön.

Un drain et une mèche éthérisée.

Fermetures en un plan aux crins.

Suites simples, ablation de la mèche et du drain, fermeture progressive de la plaie.

Sort guéri le 26 août 1923.

4. — B... Nathan, 15 ans. Appendicite aiguë. Entre à l'hôpital le 4 septembre au matin. Début dans la nuit du 2 au 3 septembre par douleurs généralisées à tout le ventre. Première crise.

Prend une purgation qui provoque deux selles liquides.

Le 3 au matin, quelques vomissements alimentaires.

A l'entrée : pouls 116 bien frappé. Température 39°2. Abdomen contracturé dans toute son étendue et douloureux. La douleur prédomine nettement dans la fosse iliaque droite.

Opération d'urgence le 4 septembre. Incision Roux dissociation. On agrandit vers le bas par section du plan petit oblique, transverse. Ouverture du péritoine. Issue de liquide séreux, puis séropurulent, puis pus verdâtre foncé et fécaloïde. Extériorisation de l'appendice qui est rouge et rompu. Toute l'extrémité distale sphacélique et adhérente à l'épiploon.

Appendicectomie après écrasement, enfouissement. Un drain dans le Douglas, un drain dans la fosse iliaque droite. Une mèche sous-cæcale. Paroi en trois plans.

Suites. — Défervescence progressive. Ablation de la mèche et du drain enlevé le douzième jour. Reprise de la température correspondant à un volumineux *abcès du Douglas*. Guérison progressive après évacuation du pus. Sort le 22 octobre.

5. — L... Gaston, 29 ans. Appendicite aiguë. Deuxième crise. Entre à l'hôpital le 25 décembre 1923, malade depuis dix jours.

Défense et douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Vomissements.

Opération le 26 décembre 1923. — Incision de Roux, dissociation. Ouverture du péritoine. Cæcum très adhérent. On le libère au doigt. Issue de pus épais et verdâtre. Appendice gros, rouge et perforé. Appendicectomie après écrasement. Enfouissement. Péritonisation des zones dépéritonisées. Drain et mèches, fermeture par points séparés.

Suites simples. Sort guéri le 24 janvier 1924.

6. — M.: Adolphe, 50 ans. Malade entrant à l'hôpital pour douleurs abdominales vives durant depuis quinze jours et s'accompagnant de vomissements bilieux. Température oscillante entre 37°9 et 38°9.

Depuis dix ans douleurs vagues, pesanteur. Gêne dans le côté droit.

7. V. — Masse dans le cul-de-sac vaginal droit qui augmente progressivement.

Opération le 8 février 1924. Laparatomie médiane. Grand épiploon accolé dans sa partie inférieure devant une masse latérale droite. Il adhère au cul-de-sac vésico-utérin. On garnit et on décolle. Issue de pus gris-verdâtre d'odeur fécaloïde. La masse se libère en avant de la vessie puis de l'utérus et des annexes, mais elle tient en arrière à la fosse iliaque. On sectionne le grand épiploon au-dessus de la masse et on se rend compte qu'il s'agit d'un abcès appendiculaire gangréneux en vue de dégénéralisation.

Appendice en partie détruit, enfoui dans l'épiploon ; gros ganglions. Appendicectomie. Péritonisation du fond caecal blessé en multiples points.

Un drain dans le Douglas, un drain dans la fosse iliaque que l'on garnit avec une mèche. Fermeture partielle.

Suites — Dans l'après-midi va très bien.

A 23 heures meurt en quelques minutes en étouffant.

Autopsie : pas la moindre trace de liquide dans le ventre.

La péritonisation est parfaite.

Embolie pulmonaire droite.

7. — T... Joseph, 35 ans. Entre le 28 juin 1924 pour crise abdominale douloureuse avec défense musculaire et point douloureux au Mac Burney.

Opération le 30 juin 1924. Incision Roux dissociation.

Le cæcum est accolé anormalement vers le bas et en dehors à la paroi iliaque.

L'appendice extrêmement rouge très épais, et gros comme le cinquième doigt, descendant et externe, perforé au niveau de sa pointe. On est obligé d'agrandir l'incision vers le haut en sectionnant le plan musculaire profond. Appendicectomie après enfouissement. Drain sans mèche, fermeture en trois plans.

Suites. — Le malade après quelques jours où son état est satisfaisant fait une élévation progressive de la température.

Lé 4 juillet, on désunit alors toute la plaie opératoire et on tombe sur un *abcès gangréneux* de la paroi iliaque droite.

Le 5 juillet *foyer de gangrène pulmonaire* à la base du poumon droit, 70 centimètres cubes sérum antigangréneux intraveineux. Apparition d'une fistule stercorale.

Le 6 juillet ouverture d'un *second phlegmon gangréneux* siégeant dans la paroi iliaque gauche et communiquant avec le premier. *Nouveau foyer de gangrène pulmonaire* à gauche.

Mort le 7 juillet en hyperthermie.

8. — L... Adolphe, 40 ans. Appendice aiguë. Deuxième crise. Entre le 1^{er} juillet 1924, malade depuis le 30 juin Douleurs abdominales généralisées. Contracture musculaire généralisée à tout l'abdomen. Hyperthésie cutanée. Rien au T. R. Température 39°. Opération d'urgence. Incision Roux.

dissociation. Aussitôt le péritoine ouvert, issue d'un flot de pus verdâtre fétide. L'incision est agrandie vers le bas et on extériorise facilement un très gros appendice rouge, violacé sphacélique, couvert de fausses membranes et perforé. Appendicectomie, enfouissement.

Un drain dans le Douglas, un autre dans la fosse iliaque droite avec une mèche. Pas de fermeture, 30 centimètres cubes de sérum antigangréneux sous-cutané.

Décès le 5 juillet à 3 h. 30 du matin.

9. — W... André, 19 ans, entre pour douleurs abdominales généralisées le 11 juillet 1924. Malade depuis vingt-quatre heures. Pouls 112, régulier, température 38°2. Malade très prostré. Douleur à la palpation de tout l'abdomen. Contraction musculaire généralisée.

Opération d'urgence.

1° Incision latérale droite. Issue de pus bouillon sale. Péritonite généralisée.

Appendice perforé et gangréné. Appendicectomie sans enfouissement. Drain et mèche. Suture en un plan.

2° Incision médiane et drainage du Douglas par un drain et une mèche.

Suites bien simples, guérison rapide. Sort guéri le 31 juillet 1924.

10. — R... Rebecca, 27 ans. Abscessus appendiculaire nettement caractérisé (on ne peut obtenir aucun renseignement, malade étrangère).

Opération 7 novembre 1924. Incision latérale longue. Résection de l'épiploon adhérent. Abscessus de pus fétide. Appen-

dice très adhérent avec méso bourré de ganglions et perforé au niveau de sa base.

Mèche et drain, parois en un plan.

Petite fistule stercorale, guérie spontanément. Sort guéri le 4 décembre 1924.

Revu en 1927 ; *petite éventration*.

11. — T... Joseph, 23 ans. Appendicite aiguë, troisième crise. Début brusque le 1^{er} décembre 1924 par un point de côté extrêmement violent dans la fosse iliaque droite, des vomissements alimentaires puis bilieux, de la température à 39-40°.

Entre le 4 décembre. Plus de douleurs mais température à 39°, ventre ballonné, contracture généralisée à tout l'abdomen.

Opération d'urgence le 4 décembre. Incision latérale. Issue de liquide louche. On trouve un appendice énorme, gangréné, noir verdâtre, friable, et qui déchire pendant l'extirpation. Section puis enfouissement. Un drain et une mèche. Fermeture aux crins en un plan.

Pas d'amélioration le jour suivant, au contraire le ventre se balonne ne plus en plus. Ni gaz ni selle.

Réopération le 6 décembre. 1° On enlève les fils. Issue de liquide gangréneux et fétide. On met un drain et une grande compresse.

2° Anus cæcal ouvert immédiatement.

3° Incision médiane, Gros drain et mèche dans le Douglas.

Suites : Amélioration progressive, fermeture de l'anus le 17, puis apparition de *fistules stercorales multiples* du cæcum.

Les fistules stercorales n'ayant aucune tendance à la ferme-

ture spontanée, on profite de ce que l'état du malade s'est beaucoup amélioré pour faire une *iléo sygmoïdostomie*.

Le malade supporte bien l'intervention mais succombe une semaine après à une *pleurésie purulente*.

12. — B... Abraham, appendicite aiguë. Début le 16 janvier 1924 par douleurs et vomissements.

Première crise. Douleurs très vives à droite avec contraction. Pouls rapide bien frappé, T. 38.

Opération le 21 janvier. Incision Roux, dissoclation. Il sort du péritoine ouvert un peu de liquide jaune foncé. Gros gâteau d'adhérences sur le fond cæcal.

Section du plan P. O. T. On voit alors une anse grosse, violacée, cartonnée, épaisse, qui est la fin de l'iléon. Libération. Des gaz fusent. On extériorise 20 centimètres environ de la fin de l'iléon, violets et particulièrement épais et cartonnés, dilatés par places, étranglés en d'autres. Sur le versant droit et inférieur deux taches sphacéliques.

Alors on aperçoit l'appendice sphacélé, gangréneux, d'odeur fécaloïde et rétrocæcal. Incision du bord externe du cæcum et décollement à la compresse. On trouve alors l'implantation de l'appendice. La moitié gangrenée reste dans la main. Appendicectomie. Ligature des vaisseaux thrombosés. La fin du mésentère et le méso-côlon sont infiltrés, épais, avec de gros noyaux durs impossibles à manœuvrer.

Alors on sort 33 centimètres environ d'iléon pour être sûrement en tissu sain et on anastomose l'iléon et le cæcum au bouton de Villard, la pièce femelle étant dans le grêle. On réduit l'anastomose et on extériorise 30 à 35 cm. d'anses

grêles que l'on fixe à la peau. Drain et mèche, fermeture partielle.

Suites : le malade supporte bien cette intervention. Il se désintoxique et reprend des forces.

Réintervention le 4 février. — Libération de l'anse extériorisée que l'on résèque. Suture des deux orifices grêles au catgut 000.

Fermeture aux points séparés. Drain et mèche.

Suites simples. Dès le second jour le malade rend des gaz par l'anus. Sort guéri vers le 15 mars.

Revu en 1927. *Eventration.*

13. — E... Suzanne, 29 ans, entre le 17 juin 1927 pour appendicite aiguë. Crise datant de quarante-huit heures, très nette avec douleurs, contracture, vomissements. T. 38°4, facies fatigué et cyanosé.

Opération le 17 juin 1927. — Icision de Roux, dissociation. Section des muscles sur 2 pinces pour agrandir. Appendice rétracté, œdématié et perforé. Péritoine rouge sans liquide. Appendicectomie après enfouissement, 1 drain moyen. Suture de la paroi en 3 plans. Sérum anti-gangréneux.

Etat stationnaire pendant quarante-huit heures.

Le 25 juin 1927, pouls très rapide, petit, filant, facies péritonéal, ballonnement. T. 39°.

Désunion de la plaie, Mikulicz, sérum anti-gangréneux intraveineux.

Décès le 22 pour péritonite généralisée.

14. — H... Marius, 17 ans, entre à la quarante-huitième heure d'une crise d'appendicite aiguë typique, le 7 juin 1926.

Opération d'urgence. Incision de Roux dissociation. Appendice turgescant, gros, violacé, perforé au niveau de la pointe. Un verre à bordeaux de pus épais. Drain et mèche.

Suites simples. Ablation successive de la mèche et du drain.

Sort guéri le 7 juillet 1926.

Drainage à la Mikulicz.

15. — G... Isaac, 37 ans. Entre le 13 juillet 1924 pour douleurs abdominales. Malade depuis deux jours.

A l'entrée, hypéresthésie considérable avec douleur violente à la pression au Mac-Burney.

Pouls petit à 100.

Opération le 15 juillet 1924. — Incision latérale. Le cæcum, bien adhérent, est recouvert de fausses membranes verdâtres. Issue de pus épais et fétide. Appendice gros, court, rétro-cæcal, adhérent au cæcum dans lequel on est obligé de le disséquer. Perforation à son extrémité.

Appendicectomie. Le cæcum est très épaissi, rouge, saignant. Impossible d'enfouir. Mikulicz, une mèche, pas de fermeture.

Suites très simples. Ablation de la mèche et du sac. Sort guéri le 23 août.

16. — G... F..., 32 ans, entre le 11 octobre 1924 pour appendicite aiguë. Début le 7 octobre.

A l'entrée contracture localisée au flanc droit. Douleur spontanée et provoquée dans la région appendiculaire.

Pas de vomissement.

Peu à peu se constitue un plastron. La douleur est plus

accusée, la température s'élève. Etat général un peu altéré.

Opération le 22 octobre. Incision latérale. Absès de pus vert fétide. Appendice adhérent, énorme, enfoui dans une gangue d'adhérences. Appendicectomie, pas d'enfouissement. Petit Mikulicz. Mèche.

Suites très simples. Ablation rapide des mèches.

Le 1^{er} novembre on enlève le sac. Sort guéri le 19 novembre.

17. — H... M..., 17 ans. Appendicite aiguë, première crise. Entre le 11 décembre 1922. Malade depuis quarante-huit heures.

A l'entrée douleurs, vomissements, contracture généralisée à tout l'abdomen. Mauvais état général.

Opération le 11 décembre 1922. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Péritonite généralisée, pus épais, verdâtre, abondant. Anses rouges dépéritonisées avec fausses membranes. Appendice nécrosé et perforé.

Appendicectomie sans enfouissement. Mikulicz. Deux mèche, pas de fermeture.

Suites simples. Le 13 décembre ablation de la première mèche.

Le 14 ablation de la seconde mèche.

Le 17 ablation du sac. Mise au Dakin.

Sort guéri le 19 janvier sans incident.

18. — B... J. Appendicite aiguë, première crise.

Entre le 2 décembre 1925. — Malade depuis quatre jours. Douleurs, vomissements, contracture localisée dans la moitié droite de l'abdomen.

Opération d'urgence le 2 décembre 1925. Incision de Roux,

dissociation. On trouve un abcès appendiculaire, pus fécaloïde, appendice perforé. Appendicectomie, enfouissement. Mikulicz, deux mèches.

Le 4 décembre ablation de la première mèche.

Le 5 décembre ablation de la deuxième mèche.

7 décembre ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guéri le 27 décembre.

19. — M... Jean, 14 ans. Appendicite aiguë.

Début brusque le 14 août 1925, par douleurs dans le ventre vomissements. Température à 39°6. Entre à l'hôpital deux jours après le début de la crise qui est la première, présentant toujours les mêmes symptômes. Contracture généralisée.

Opération d'urgence le 16 août 1925. Incision de Roux dissociation. Appendice sphacélique et perforé. Péritonite généralisée. Appendicectomie avec enfouissement.

Mikulicz, deux mèches. Sérum antigangréneux.

Le 8 décembre 1925 ablation de la première mèche.

Le 10 décembre ablation de la seconde mèche.

Le 14 décembre ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guéri le 29 septembre 1926.

20. — K... Louis, 19 ans. Appendicite aiguë datant de huit jours. On ne peut pas obtenir de renseignements, malade étranger.

Opération d'urgence le 19 février 1926. Incision de Roux dissociation. Abcès appendiculaire, pus fécaloïde. Essorage. Barrière d'adhérences solides. On n'enlève pas l'appendice. Mikulier, deux mèches, sérum antigangréneux.

Le 22 février ablation des mèches.

Le 23 février ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guéri le 14 mars 1926.

21. — N..., 17 ans, entre le 2 mai 1926 à la douzième heure d'une crise d'appendicite des plus nettes. Douleurs dans tout le ventre, contracture généralisée.

Opération d'urgence. Incision de Roux, dissociation, péritonite appendiculaire généralisée, pus dans tout le péritoine

Appendice énorme rouge violacé et perforé.

Appendicectomie avec enfouissement. Mikulicz plus deux mèches et un drain dans le Douglas

Le 4 mai, ablation de la première mèche.

Le 5 mai, ablation de la seconde mèche.

Le 7 mai, ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guéri le 27 mai 1926.

Revu le 21 octobre 1926, très légère faiblesse de la paroi sans éventration.

22. — L... Germaine, 27 ans. Appendicite aiguë apparue sept jours après un accouchement. Douleurs, vomissements, contracture.

Opération d'urgence vingt-quatre heures après le début de la crise. Appendice très rouge, violacé, perforé. Pus dans le petit bassin et la fosse iliaque. Annexes normales. Appendicectomie, enfouissement, Mikulicz et deux mèches.

Le 14 juin, ablation des mèches.

Le 17 juin, ablation du sac et mise au Dakin.

Le 10 juillet, douleurs abdominales et température en rapport avec *collection suppurée du Douglas* évacuée par colporotomie le 13 juillet.

Sort guérie le 5 août.

23. — L..., 25 ans. Appendicite aiguë typique, troisième crise. Entre vingt-quatre heures après le début des accidents. Douleurs et contracture généralisée à tout l'abdomen.

Opération d'urgence le 26 juin 1926. Péritonite généralisée, pus dans tout le ventre. Appendice sphacélique et perforé. Appendicectomie, enfouissement. Mikulicz, deux mèches. Drain dans le Douglas.

Le 28 juin, ablation des mèches.

Le 1^{er} juillet, ablation du sac, mise au Dakin.

Le 3 juillet, ablation du drain.

Sort guérie le 25 juillet 1926.

24. — M... B., 21 ans, entre le 17 juillet 1926 au troisième jour d'une crise d'appendicite aiguë typique. Douleurs et contracture généralisée à tout l'abdomen. Vomissements, température 39 degrés, pouls rapide 120.

Opération d'urgence le jour même. Incision Roux, dissociation. Dès l'ouverture du péritoine, issue de pus en grande abondance. Péritonite généralisée par perforation de l'appendice. Appendicectomie, enfouissement. Mickulicz, deux mèches. Drain dans le Douglas.

Le 19 juillet, ablation de la première mèche.

Le 20 juillet, ablation de la seconde mèche.

Le 21 juillet, ablation du sac, mise au Dakin.

Ablation du drain le 25.

Sort guérie le 15 août 1920.

25. — B .. Eloïse, 12 ans. Appendicite aiguë, quatrième crise. Douleurs dans tout l'abdomen, contracture généralisée. Vomissements fréquents, température 38°9. Le tout dure depuis trois jours.

Opération d'urgence le 9 août 1926. Incision de Roux, dissociation. Péritonite généralisée. Pus dans tout le péritoine. Appendice gangréneux et perforé, enfouissement. Mickulicz, deux mèches.

Le 11, ablation de la première mèche.

Le 12, ablation de la deuxième mèche.

Le 15, ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guérie le 7 mai 1926.

26. — O... Jean, 13 ans. Appendicite aiguë datant de quarante huit heures. Deuxième crise.

Opération le 27 septembre 1926. Appendice complètement vermoulu rompu à 2 centimètres de sa pointe. Pus sous le fond cæcal. Appendicectomie. Enfouissement. Mikulicz, deux mèches.

Sort guéri le 3 novembre 1926.

27. — K... Cécile, 28 ans. Appendicite banale subaiguë opérée par voie médiane le 17 novembre 1926. Au sixième jour *peritonite aiguë*.

Réopération d'urgence. Laparotomie médiane, pus dans tout l'abdomen. Mickulicz, trois mèches.

Ablation successive des mèches et du sac. Sort guérie.

28. — W... Rose, 29 ans. Appendicite aiguë.

Entre le 24 septembre au quatrième jour d'une première crise nettement caractérisée.

Opération le 24 septembre 1926. Incision de Roux, dissociation. Section du plan. P. O. — T. pour permettre d'extérioriser l'appendice. Appendice très gros rétro-cæcal ascendant rompu au niveau de sa base. Volumineux abcès de pus

grumelleux. Appendicectomie, enfouissement. éritonisation du fond cæcal. Mikulicz avec deux mèches.

26 septembre, ablation première mèche.

27 septembre, ablation seconde mèche.

30 septembre, ablation du sac, mise au Dakin.

Sort le 7 novembre complètement guérie.

29.— F... Irène, 30 ans, entre le 14 janvier 1927 pour une crise d'appendicite. Malade depuis quatre jours. Purgation en ville. A l'entrée, douleurs vives, vomissements. Température élevée: 39°5, pouls 120.

Opération d'urgence le 14 janvier 1927. Incision de Roux, dissociation. Cæcum très adhérent. Appendice très long perforé. Absès appendiculaire. Appendicectomie sans enfouissement, le fond cæcal étant cartonné et friable. Mikulicz sous-cæcal, deux mèches.

Le 17 janvier, ablation d'une mèche.

Le 9 janvier, ablation de la deuxième mèche.

Le 23 janvier, ablation du sac, mise au Dakin.

Sort guérie le 21 février.

30. — M... Rachel, 45 ans. Entre dans le service de Médecine le 12 janvier pour douleurs abdominales avec fièvre et vomissements. Passée le 13 janvier dans le service de Chirurgie pour péritonite aiguë sans signe de localisation.

Opération le 13 janvier 1927. Laparatomie médiane. Liquide bouillon très sale dans tout le péritoine. Appendicite gangréneuse. Appendice très gros, rouge vineux avec de larges plaques de sphacèle. Appendicectomie.

Mikulicz avec trois mèches. Drain dans le Douglas. Fermeture partielle aux fils de bronze.

Le 16 janvier 1927, ablation de la première mèche.

Le 18, le 20, ablation des mèches n° 2 et n° 3.

Le 23, ablation du sac et mise au Dakin.

Le 24 janvier, *phlegmon de la fosse iliaque droite* avec rétention de pus dans le péritoine iliaque. Incision iliaque droite très longue. Mikulicz dans la fosse iliaque.

Le 26, ablation des mèches.

Le 30, ablation du sac.

Petite fistule stercorale sur la ligne médiane, guérie en dix jours. Suture secondaire de la paroi. Sort guérie fin février 1927.

31. — B... Rachel, 37 ans. Appendicite aiguë, malade depuis trois jours. Purgée en ville. Première crise.

Opération d'urgence le 7 février 1927. Incision Roux. Dissociation. Appendice complètement sphacélique plongeant dans le petit bassin. Fond caecal cartonné et friable. Appendicectomie sans enfouissement. Pus dans le ventre en abondance.

Mikulicz, trois mèches.

Le 8 février, ablation de la première mèche.

Le 9 février, ablation de la deuxième mèche.

Le 10 février, ablation de la troisième mèche.

Le 13 février, ablation du sac. Mise au Dakin. Sort guérie fin février.

32. — R... Sophie, 27 ans. Entre le 29 avril 1927 pour appendicite aiguë. Malade depuis vingt-quatre heures. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Vomissements répétés. Frissons.

A l'examen, très vive sensibilité au Mac Burney avec dé-

fense musculaire. Température 38°8, pouls 100. Langue humide. Bon facies.

Opération d'urgence le 29 avril 1927. Incision de Roux, dissociation. Liquide franchement louche dans l'abdomen. Les trois quarts de l'appendice du côté distal sont libres dans la profondeur de la fosse iliaque. Appendice gros comme le pouce, rouge brunâtre, long d'au moins 12 centimètres. La racine de l'appendice est fixée au fond de la fosse iliaque et il existe à ce niveau une zone très friable, noirâtre, se déchirant au premier contact, ce qui donne issue à un calcul stercoral.

Appendicectomie, enfouissement. Mikulicz. Drain. Suites très simples. Ablation progressive des mèches et du sac.

Sort guérie fin mai 1927.

33. — B... Maurice, 41 ans. Entre le 24 avril 1927. Malade depuis la trente-sixième heure. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Température 38 degrés. Pouls 110. Facies pâle et grippé. Vomissements. Première crise.

Opération le 24 avril. Incision de Roux, dissociation. Le péritoine renferme une quantité appréciable de liquide louche et nauséabond. Appendice sous-cæcal dont la moitié distale est grosse comme un pouce, noirâtre, perforée, par où s'écoule un liquide fécaloïde.

Appendicectomie, enfouissement, Mickulicz.

Suites : *Congestion pulmonaire bilatérale* les premiers jours. Ablation successive des mèches et du sac.

Sort guéri le 21 mai 1927.

34. — Z... Lerbor, 24 ans.

Entre le 9 juillet 1927 pour appendicite aiguë. Malade depuis 11 heures du matin. Crise nettement caractérisée avec

douleurs vives dans la fosse iliaque droite, vomissements. Contraction facies grippé. Langue sèche. Pouls 120, T. 40°7.

Opération d'urgence le jour même. Incision Roux, dissociation. Le péritoine rouge renferme un liquide abondant séropurulent. Appendice rétracté dans la fosse iliaque gros, turpide, sphacélique et noirâtre.

Appendicectomie après enfouissement.

Un gros Mikulicz avec deux mèches.

Sérum anti-gangréneux, deux fois.

Le 14 juillet 1927, ablation première mèche.

Le 14 juillet 1927, ablation deuxième mèche.

Le 15 juillet 1927, ablation du sac. Dakin.

20 juillet 1927. *petite fistule stercorale* qui se ferme spontanément.

Sort guérie le 20 août 1927.

35. — L... David, 9 ans, entre le 26 juin 1927 pour appendicite aiguë.

Souffre du ventre depuis le 25 à midi; pas de vomissement, arrêt des matières et gaz. T. 38°2.

Facies et mains cyanosées. Langue rose et humide. Pouls petit.

Défense musculaire généralisée avec sensibilité extrême dans la fosse iliaque droite.

Opération d'urgence le 26 juin 1927. — Incision de Roux dissociation. A l'ouverture du péritoine issue d'un flot de pus. Péritonite généralisée. Appendice adhérent gros comme un doigt, sphacélé au niveau de son extrémité ainsi que la portion correspondante du méso. Au niveau perforation par

laquelle suinte du pus brunâtre. Appendicectomie après enfouissement. Mickulicz avec 2 mèches.

Sérum antigangréneux.

Le 28 juin 1927, ablation de la première mèche ;

Le 1^{er} juillet 1927, ablation de la deuxième mèche ;

Le 2 juillet 1927, ablation du sac, Dakin.

Le 16 juillet 1929, poussée thermique à 40 degrés, correspondant à légère congestion pulmonaire droite.

Sort guéri le 2 août 1927.

36. — Q... Maurice, 24 ans, entre le 4 juillet pour appendicite aiguë.

Depuis 11 heures du matin le 4 juillet souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite. Un vomissement alimentaire. Première crise.

Abdomen légèrement ballonné ; douleur et défense musculaire très vives au Mac Burney.

Opération d'urgence le 4 juillet 1927, à 21 heures. Incision de Roux. Dissociation. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide purulent. Appendice tuméfié, rouge, noirâtre, gros comme un doigt, anses très rouges.

Ligature du méso. Appendicectomie, enfouissement. Mickulicz avec 2 mèches.

Sérum antigangréneux : 70 centimètres à 2 reprises.

Le 7 juillet 1927, ablation de la première mèche ;

Le 9 juillet 1927, ablation de la deuxième mèche ;

Le 10 juillet 1927, ablation du sac. Dakin.

Sort guéri le 20 juillet 1927.

37. — P... Jacob, 22 ans.

Entré le 29 août 1927 pour appendicite aiguë. Malade

depuis trois jours. Crise nettement caractérisée par douleurs abdominales. Vomissements, contracture, température 37°5. Glace, repos, puis reprise des douleurs et T. 38°5.

Opération le 31 août 1927. — Incision latérale de Walther. On trouve une appendice énorme vert, collé au cæcum, gangréné dans sa totalité jusqu'à son insertion cæcale qui est même gravement lésée.

Libération difficile de l'appendice très friable.

Plusieurs catguts lâchent, pas d'enfouissement.

Ablation d'un gros calcul cæcal. Ether. Drain et mèche.

Fermeture de la paroi profonde aux catguts séparés. Crins sur la peau.

Suites simples et normales. Ablation de la mèche et du drain le troisième jour. Dakin.

Sort guéri le 21 septembre 1927.

38. — G... Rosa, 9 ans. Entré le 23 septembre 1927, pour appendicite aiguë. Symptomatologie très fruste. Douleur très légère, presque absente au Mac Burney.

Diète et glace.

25 septembre 1927, température 39 degrés. Agitation extrême facies grippé. Pouls 120. Défense musculaire généralisée à tout l'abdomen.

Opération d'urgence. Incision de Roux, dissociation.

Le péritoine renferme une certaine quantité de pus.

Appendice libre, roulé en vrille, perforé au niveau de sa partie moyenne, gangrénée.

Le cæcum en regard de l'appendice présente une plaque jaune-verdâtre de l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Appendicectomie sans enfouissement. Mikulicz, 2 mèches,
Sérum antigangréneux.

Le 28 septembre, ablation de la première mèche ;

Le 29 septembre, ablation de la deuxième mèche.

Le 30 septembre, ablation du sac. Dakin et drain.

Sort guérie le 15 octobre 1927.

Observations recueillies après la rédaction.

39. — G. . . , Jean, 25 ans, entre le 4 juillet 1927, pour appendicite aiguë. Première crise. Arrivé à l'hôpital quatre jours après le début des accidents. Abdomen très sensible avec défense dans la fosse iliaque droite.

Maximum douloureux au Mac Burney.

Pouls 108. Température 39°8. '

Opération d'urgence le 4 septembre 1927. Incision de Roux, dissociation. Pas de liquide dans le péritoine.

L'appendice est complètement retrocaecal, ascendant rouge vineux et énorme. Après décollement colo-parétal, on se rend compte que les trois quarts de l'organe sont fixés par des adhérences épaisses, charnues, à la face postérieure du cæcum dont le péritoine est très friable. Seule la pointe de l'appendice est libre mais verdâtre et sphacélique.

On considère que l'appendicectomie est impossible pour le moment sans causer de grands dégâts. Et on met en place un sac de Mikulicz.

Suites normales, le malade sort guéri fin septembre 1927.

On lui conseille de revenir dans un mois.

Revient en novembre 1927. Il n'a plus présenté de crise

aiguë mais a toujours quelques tiraillements dans la fosse iliaque et de la constipation.

Seconde intervention le 7 septembre. Incision de Roux, dissociation, libération de quelques adhérences.

Appendicectomie facile.

Suites simples, sort le 22 novembre 1927.

40. — P... Bernard. 39 ans, entre le 29 octobre 1927, pour appendicite aiguë.

Malade depuis quatre jours. Se plaint de vives douleurs abdominales, de nausées, de constipation.

Pouls bien frappé à 119. Température 39 degrés. Langue rouge et sèche. Subictère.

A l'examen sensibilité très vive avec défense dans la fosse iliaque droite.

Opération d'urgence. Incision de Roux, dissociation.

Péritonite aiguë généralisée, peu de pus dans le ventre mais péritoine très rouge.

Appendice accolé à la face postérieure du cæcum ascendant, long de 25 centimètres, gangréné, remontant jusque dans le foie.

Appendicectomie rétrograde, pas d'enfouissement, Mikulicz.

Sérum antigangréneux.

Les premiers jours sont plutôt favorables.

Ablation de la première mèche le 29 octobre, de la seconde le 30 octobre 1927.

Mort en hyperthermie 41°,5 le sixième jour, malgré ventre souple, pas de douleur, pas de vomissement, émission de gaz par l'anús.

Autopsie : Localement toute la région appendiculaire est noirâtre et sphacélique.

Ouverture médiane : issue de pus en très grande quantité, donc *péritonite purulente généralisée*.

41. — Mlle B... Léa, 17 ans, entre à l'hôpital à la douzième heure d'une troisième crise d'appendicite aiguë nettement caractérisée.

Douleur et contracture nette.

Pouls 80. Température 38°4.

Opération d'urgence. — Incision de Roux, dissociation. On tombe sur un appendice particulièrement adhérent et on est obligé d'agrandir l'incision : 1° par en bas ; 2° par en haut en sectionnant le plan profond.

Appendice rétro-cæcal ascendant accolé intimement au cæcum. Liquide louche dans la fosse iliaque et péritoine un peu rouge.

Section première du méso-appendice. Libération progressive de l'appendice. Celui-ci est très malade particulièrement rouge et vasculaire, non perforé mais avec plaque grisâtre au niveau de sa pointe. Péritoine très friable, pas d'enfouissement. Mikulicz, mèche.

Ablation successive des mèches et du sac.

Sortira très prochainement de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — Le parallèle entre les cas d'appendicites aiguës graves opérées avec ou sans Mikulicz (gangrène de l'appendice, perforation ayant entraîné des péritonites généralisées ou localisées, est démonstratif.

II. — En présence de tels cas il y a nécessité de laisser la plaie opératoire largement ouverte après l'intervention à chaud. Le drainage suivant le procédé de Mikulicz est le procédé de choix. Il réalise au mieux le maintien de la béance de la plaie. La fermeture systématique nous paraît être un danger.

III. — Dans les péritonites localisées (abcès appendiculaires proprement dits avec barrière solide d'adhérences) organisées, on pourra obtenir de bons résultats avec le drainage par tube de caoutchouc. Le Mikulicz dans ces cas donnera le maximum de sécurité.

IV. — Dans les péritonites généralisées, les appendicites gangréneuses, les appendicites septiques, les appendicites à foyers multiples l'emploi du Mikulicz nous paraît être la méthode de choix qui abaissera le pourcentage de mortalité.

V. — Les reproches qu'on fait au Mikulicz (adhérences, fistules stecorales éventration, prolongation du séjour à l'hôpital nous paraissent injustifiés.

VI. — Ces complications ne sont pas observées pour ainsi dire quand on place et surtout quand on enlève correctement le Mikulicz et il est remarquable, de constater combien les cicatrices de Mikulicz s'arrangent bien et sans éventration, surtout dans la région appendiculaire.

VII. — Si dans les suppurations pelviennes (salpingites suppurées par exemple) on peut restreindre l'emploi du Mikulicz en pratiquant le drainage vaginal sous une suture côlo-vésicale, dans les appendicites graves au contraire il nous paraît utile de généraliser l'emploi du Mikulicz

Vu : le Président de la thèse,
J.-L. FAURE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer ;
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- André.* — Drainage de l'abdomen par la Méthode de Mikulicz. Thèse de Paris, 1926.
- Ashurst.* — Mortality in Appendicitis (Annals of surgery Philadelphia, janvier 1927).
- Auvray.* — A propos du Mikulicz (Bulletins de la Société nationale de Chirurgie, n° 23, t. LII, 3 juillet 1926).
- Balduin.* — Méthode de drainage en chirurgie abdominale et pelvienne (The american journal of obstetric, t. LXI, n° 1).
- Bauer.* — Archiv für Klin. Chirurgie, t. XCVI, fasc 4, 21 décembre 1911, p. 938.
- Bérard et Vignard.* — L'appendicite. Paris, Masson, 1914.
- Berge.* — Etude critique du drainage à la Mikulicz. Thèse de Bordeaux, 1926-1927, n° 52.
- Billet.* — Fermeture systématique du péritoine dans les péritonites d'origine appendiculaire (Journal des sciences médicales de Lille, 12 novembre 1925, p. 373).
- Congrès de Chirurgie, 1925.
- Blacke.* — American Journal of the medical science, 1907, p. 454.
- Bonneau.* — Drainage de l'appendicite à chaud (Presse Médicale, 17 juin 1925, p. 804).
- Brenans.* — Etude clinique du drainage à la Mikulicz et ses

inconvenients ; moyens de remédier à ces derniers.
Thèse de Lyon, 1893-1894, n° 896.

Bressot. — Quand et comment faut-il drainer après une intervention pour appendicite aiguë (Progrès Medical, n° 10, 5 mars 1927).

Burrage. — Some relats of the post mith of draining the périton. cavity after abd. op., 1898, Boston.

Cadenat. — Quelques cas graves d'appendicite aigue (Cours médical, 9 août 1925).

— Le drainage par le Mickulicz (Bulletin de la Société de Chirurgie, t. LII, n° 36, 1^{er} janvier 1927).

— Faut-il drainer les appendicites aiguës (L'hôpital, avril 1927, n° 18 bis, hors série).

Chalier. — Drainage dans la question de l'appendicite aigue (Presse médicale, 1926, n° 84, p. 1318).

Chalier. — La question du drainage dans l'opération de l'appendicite aiguë à ses différentes périodes (Bruxelles médical, 10 avril 1927, n° 24).

Chambard. — 330 cas d'appendicites à chaud (Archives médico-chirurgicales de province, n° 1, janvier 1927).

Candea Aurel. — Contribuini la tratamentul appendicitis acute (Spitatul revista medicala Cunard, mars 1927, n° 3).

Chapeyron. — Traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1904-1905.

Charles. — Du drainage par le procédé de Mikulicz. Thèse de Paris, 1892.

Churchill. — Rapport Pauchet (Société des chirurgiens de Paris, 3 novembre 1922 ; Paris chirurgical, t. XIV p. 429).

Clavelin. — La sérothérapie antigangréneuse et l'intervention

précoce systématique combinées dans le traitement de l'appendicite aiguë (série de 40 cas sans décès) Rapport de L. Bazy. Bulletins de la Société de Chirurgie, t. LI, séance du 13 mai 1925, p. 557).

Congrès chirurgie, 1927. — Discussion : Kummer, Hartmann, Temoin, Bérard, Chalier, Pauchet Reynier, Petit de Villein, De Jemtel, De Fournestraux, Leo, Misini, Berard.

Delbet. — Sur le traitement chirurgical de l'appendice (Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris, 1923, XXXVII, p. 229-232).

Ducourthial. — 3 cas d'appendicite aiguë avec péritonite, fermeture sans drainage, guérison (Soc. de Méd. Milit. française. Paris, 1922, XVI, 225 à 227).

Descottes. — De l'intervention précoce avec fermeture de la paroi sans drainage dans le traitement de l'appendicite aiguë. Thèse de Paris, 1925, n° 192.

Elkana. — Contribution à l'étude critique du drainage à la Mikulicz. Thèse de Paris, 1927, n° 194.

Faure (J.-L.). — Société de Chirurgie, 14 mai 1924.

- Le drainage de l'appendicite à chaud (Presse médicale, 7 octobre 1925).
- Discussion au Congrès de Chirurgie, 1925, p. 235. J.-L. Faure, Sorrel, Abadie, Auvray.
- Le Mikulicz en chirurgie intestinale (Presse médicale, 30 mars 1927).

Fournestraux (de). — Drainage dans les péritonites appendiculaires (Gazette des hôpitaux, 1908, p. 195).

Glasgow. — British med. journal, n° 2682, 25 mai 1912, p. 1172.

- The Glasgow Med. Journal, t. LXXX, n° 3, septembre 1913, p. 161.

Goquillon. — Traitement des péritonites généralisées suppu-

- rées d'origine appendiculaire par la fermeture du péritoine. Thèse de Lille, 1926-1927.
- Grant*. — Brit. Medical Journal, 25 mai 1912, p. 1172.
- Guerny*. — Mortality in appendicitis (Annales of surgery Philadelphia Aug., 1926, p. 283).
- Hartmann* — Rapport au Congrès français de chirurgie, 1911.
- Hertz et P. Monod*. — Du drainage abdominal. A propos du procédé de Mikulicz, résultats d'après 34 observations (Bulletins de la Société nationale de chirurgie, n° 8, t. LIII, 12 mars 1927).
- Hotschiss*. — Annales of Surgery, 1906, p. 197.
- Hugier*. — Drainage à la Mikulicz (Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Paris, février 1925, t. XVII, n° 111).
- Lerat*. — Traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1900.
- Leriche*. — Congrès français de chirurgie, 1911, p. 536.
- Madrid (Alberto)*. — Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mikulicz de J.-L. Faure (Presse Médicale, n° 77, 26 septembre 1925, p. 1287).
- Marsh* — Mortality in appendicitis (Boston Medical and Surgical Journal, 2 décembre 1926, p. 1059).
- Millot*. — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive au drainage à la Mikulicz. Moyens d'y remédier. Thèse de Lyon, 1901-1903, n° 128.
- Niel*. — La technique du tamponnement à la Mikulicz (Presse Médicale, n° 23, 21 mars 1925, p. 374).
- Oudard et Coureau*. — Sérothérapie et appendicite gangreneuse (Société de Chirurgie de Paris, 17 juin 1925, p. 719).

Pauchet. — Drainage à la Mikulicz (Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Paris, février 1925, t. XVII, n° 111).

Péraitre. — Drainage à la Mikulicz (Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, février 1925, t. XVII, n° 111).

Peugniez. — Discussion à propos du drainage à la Mikulicz (Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, février 1925, t. XVII, n° 444).

Philipet Tartois. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, décembre 1913, t. X, p. 389.

Ombredanne. — Précis de Clinique opératoire de chirurgie infantile (opération de l'appendicite à chaud). Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires (Bulletin de la Société de Chirurgie, 23 juin 1920).

Petit (L. Henri). — Péritonite grave par perforation, intervention, Mikulicz, guérison (Bulletin de la Société de Chirurgie, t. LIII, n° 18, 4 juin 1927).

Rouffart. — Du traitement de l'appendice aiguë (Art. Médical, n° 25, p. 26).

— Du traitement de l'appendicite aiguë (Bruxelles Médical, 6 décembre 1925, p. 173).

Rubisson. — Drainage in appendicitis (Annals of Surgery, vol. LXX, 1919).

— Application de la méthode Carrel-Dakin aux appendicites aiguës, nécessitant le drainage n° 3, mars 1920, p. 294-305.

Savariaud. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1913, 30 avril, p. 698.

Schneidtmann et Rotter. — Deutsche medizinische Wochenschrift, t. XXXVIII, n° 35, 29 avril 1912, p. 1637.

Segney. — Les appendicites aiguës. Thèses de Paris, 14 février 1927.

Témoin. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1911.

Toupet. — Sur le Mikulicz (Bulletins de la Société de Chirurgie, n° 2, t. LIII, 19 mars 1927).

Tuffier. — A propos du drainage dans l'opération des appendicites (Bulletins de la Société de Chirurgie, t. XLVI, p. 1361, séance du 1^{er} décembre 1920).

Vergne. — De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mikulicz. Mode d'action, indications, conduite à tenir et en particulier dangers d'une ablation précoce. Thèse de Lyon, 1898.

Violet. — Comment terminer les opérations gynécologiques au point de vue du drainage et l'emploi du Mikulicz (Avenir Médical, 1926, p. 146).

Wallace. — The Lancet, t. CLXXXII, n° 4633, 15 juin 1912, p. 1603.

Watkins. — Journal of American med. Assoc., 1921, p. 676.

